

O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes

ACTIVE AGING FROM THE PERSPECTIVE OF AGED INDIVIDUALS WHO ARE FUNCTIONALLY INDEPENDENT

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO BAJO LA VISIÓN DE ANCIANOS FUNCIONALMENTE INDEPENDIENTES

Olívia Galvão Lucena Ferreira¹, Silvana Carneiro Maciel², Antonia Oliveira Silva³, Walberto Silva dos Santos⁴, Maria Adelaide Silva P. Moreira⁵

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo apreender as representações sociais de idosos sobre o envelhecimento ativo. Foi realizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, com 100 idosos funcionalmente independentes. Como instrumentos, utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram organizados e analisados pelo software Alceste. Os resultados demonstraram que os discursos dos idosos sobre o envelhecimento ativo são permeados por conteúdos positivos. No entanto, quando não está associado à palavra *ativo*, o envelhecimento ainda é representado como *perdas e incapacidades*. Mesmo com a existência de perdas durante o processo, o envelhecimento de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, uma vez que ele é sinônimo de vida plena e com qualidade. Manter os idosos funcionalmente independentes é o primeiro passo para se atingir um envelhecimento ativo e com melhor qualidade de vida.

DESCRIPTORES

Idoso.
Envelhecimento.
Atividades cotidianas.
Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the social representations of the elderly regarding active aging. Semi-structured interviews were performed with 100 functionally independent aged individuals from João Pessoa, Paraíba, Brazil. The data was organized and analyzed using Alceste software. Results showed that the aged individuals' statements about active aging are permeated with positive contents. However, when aging is not associated with the word *active*, it is still represented as *losses and disabilities*. Despite the existence of losses during the process, active aging should be encouraged among the elderly, as it means living a quality, plentiful life. Maintaining the elderly functionally independent is the first step to achieving active aging and thus improving their quality of life.

KEY WORDS

Aged.
Aging.
Activities of daily living.
Quality of life.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo captar las representaciones sociales de ancianos sobre el envejecimiento activo. Fue realizada en la ciudad de João Pessoa - PB, con 100 ancianos funcionalmente independientes. Como instrumento, fue utilizada la entrevista semiestructurada. Los datos se organizaron y procesaron a través del software Alceste. Los resultados demostraron que los testimonios de los ancianos acerca del envejecimiento activo están impregnados por contenidos positivos. Sin embargo, cuando no está asociado a la palabra *activo*, el envejecimiento aún es representado como *pérdidas e incapacidades*. Incluso con la existencia de pérdidas durante el proceso, el envejecimiento activo debe ser estimulado entre los ancianos, toda vez que es sinónimo de vida plena y con calidad. Mantener a los ancianos funcionalmente independientes es el primer paso para alcanzar un envejecimiento activo y con mejor calidad de vida.

DESCRIPTORES

Anciano.
Envejecimiento.
Actividades cotidianas.
Calidad de vida.

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. oliviaglf@hotmail.com ² Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Professora de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. silcamaciel@ig.com.br ³ PhD em Psicologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE, Lisboa, Portugal. Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. alfaleta@hotmail.com ⁴ Professor Adjunto I do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. walbertosantos@ufc.br ⁵ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia Campus de Jequié. Jequié, BA, Brasil. jpadelaide@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, ocorreram modificações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial e, conseqüentemente, na estrutura demográfica, acarretando um crescimento expressivo da população idosa. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo, com uma proporção de aproximadamente 14%, o que significa, em números absolutos, cerca de 32 milhões de idosos⁽¹⁾. Com isso, surge, nas diversas áreas, uma grande preocupação com os idosos, pois eles representam um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, despertando o interesse de muitos estudiosos para a temática do envelhecimento⁽²⁾.

O envelhecimento pode ser conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. Essas diferenças no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho, a que estiveram submetidas as pessoas idosas⁽³⁾.

O conjunto das alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos culmina com a crescente dependência, que se traduz por uma necessidade de ajuda, indispensável para a realização das atividades elementares da vida. Entretanto, a dependência não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados. Isso justifica a implementação de programas e práticas que promovam o envelhecimento saudável, em termos de aumento de participação e de redução de custos com cuidados⁽⁴⁾. Com base nessas considerações, a presente pesquisa objetivou apreender as representações sociais sobre o envelhecimento ativo, elaboradas por idosos considerados funcionalmente independentes.

MÉTODO

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Nova Conquista (USF Nova Conquista), que é composta por quatro equipes de Saúde da Família, localizadas no bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por 100 idosos funcionalmente independentes, apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pertencentes à USF Nova Conquista. Todos os participantes se encontravam em condições físicas e mentais adequadas para responder os instrumentos. Tais condições foram confirmadas a partir da utilização do instrumento de avaliação funcional, que possibilitou a Medida de Inde-

pendência Funcional (MIF), como ponto de corte para a constituição da amostra.

Os dados coletados a partir da Escala MIF⁽⁵⁾, que serviram como ponto de corte para a seleção da amostra, foram analisados pelo *software* SPSS 15. O cálculo das pontuações totais da MIF permitiu observar que todos os idosos apresentaram independência funcional para a realização das atividades analisadas.

A participação dos idosos foi voluntária e atendeu à Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), que trata das diretrizes e normas que regem a pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁶⁾. Por ocasião das entrevistas, os participantes preencheram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Além do MIF, também foi aplicada uma entrevista semiestruturada, contemplando questões sobre o idoso e questões relacionadas ao perfil socioeconômico. As informações contidas nas entrevistas foram organizadas em um banco de dados, preparado especificamente para ser processado pelo *software* ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Seg-

...a dependência não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados.

mentos de Texto), programa informático que foi criado por M. Reinert e introduzido, no Brasil, em 1998. Constitui um instrumento auxiliar de análise de dados textuais, que considera a qualidade do fenômeno estudado e fornece critérios para a consideração do material em pauta como indicador de um fenômeno de interesse científico⁽⁷⁾. O ALCESTE permite uma análise lexicográfica do material textual, dividindo-o em classes que são caracterizadas pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos compartilhados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os atores do estudo

Para a realização do presente estudo, contou-se com a colaboração de 100 idosos, com idades entre 60 e 93 anos ($M = 68$; $DP = 7,53$), atendidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa – PB. Em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino (73%), residiam em casa própria (88%) e conviviam na comunidade, com o cônjuge e/ou parentes próximos (75%). Ou seja, eram idosos não-institucionalizados e funcionalmente independentes.

A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da habilidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autônoma⁽⁸⁾. Para avaliar esta capacidade nos idosos e, conseqüentemente, sua independência funcional, utilizou-se a Medida de Independência Funcional (MIF), considerando seis dimensões teóricas: (1) *auto-cuidado*, que se refere às atividades desempenhadas para manter o bem-estar, relacionadas à alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se e uso

do vaso sanitário (ou seja, cuidar de si mesmo); (2) *controle de esfíncteres*, que se refere à capacidade de reter a urina e as fezes; (3) *transferências*, que se refere à capacidade do indivíduo se transferir do leito para a cadeira (ou cadeira de rodas), para o vaso sanitário e para o chuveiro; (4) *locomoção*, que se refere ao deslocamento durante a marcha, seja por bipedismo ou por cadeira de rodas, e à capacidade de subir e descer escadas; (5) *comunicação*, que se refere à compreensão e expressão; e (6) *cognição social*, que está relacionada à interação social, resolução de problemas pessoais e memória.

O cálculo das pontuações totais da MIF permitiu observar que todos os idosos apresentaram independência funcional para a realização das atividades analisadas. Foram classificados nos níveis 7 e 6 da escala, que correspondem à independência completa e à independência modificada, respectivamente.

Envelhecimento ativo para idosos: conteúdos/informações e posicionamentos apreendidos a partir do ALCESTE

Denominado de *envelhecimento ativo*, o *corpus* analisado foi formado pelas respostas das entrevistas, totalizando 778 palavras diferentes. Foram descartadas, pelo programa computacional ALCESTE, as palavras com frequência inferior a 3. Após a redução efetuada em suas raízes, foram obtidas 159 palavras analisáveis e 30 palavras instrumentais. As 159 palavras analisáveis ocorreram 2965 vezes. O *corpus* foi dividido em 172 Unidades de Contexto Elementar (UCE), correspondentes aos segmentos de textos dimensionados pelo programa.

No que se refere ao envelhecimento ativo para os idosos, o ALCESTE construiu quatro classes, que foram denominadas a partir dos discursos apresentados, a saber: Classe 1 - Idoso ativo e lazer; Classe 2 - Idoso ativo e atividades domésticas; Classe 3 - Idoso ativo e atividades físicas; e Classe 4 - A vida dos idosos: aspectos gerais.

A Figura 1 mostra o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou *clusters* das classes de palavras encontradas, com base na proximidade de conteúdos do total do *corpus*, ilustrando a distribuição das 172 UCE's e as relações entre as classes:

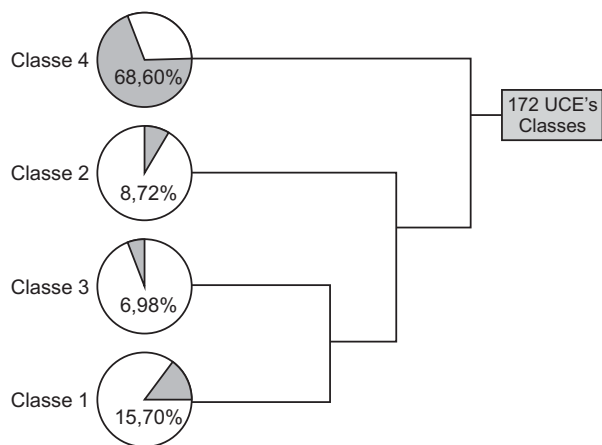


Figura 1 - Distribuição das UCE's e suas contribuições nas Classes/Categorias Temáticas

É possível observar a formação de dois eixos principais, o primeiro formando a Classe 4, que se refere aos aspectos gerais relacionados à vida dos idosos, trazendo os pontos negativos do envelhecimento. O segundo eixo forma as outras três classes (Classes 1, 2 e 3), que aparecem mais próximas uma das outras, trazendo os aspectos específicos relacionados ao idoso ativo e um discurso mais voltado para as características positivas do envelhecimento. A seguir, a descrição das classes é realizada de acordo com a sequência apresentada na Figura 1, levando-se em consideração a relação entre elas:

Classe 4 – A vida dos idosos: aspectos gerais

Considerada como a maior de todas as classes, a Classe 4, concernente aos aspectos gerais da vida dos idosos, foi formada por 118 UCE (68,6%), cujos discursos relacionaram-se à situação de moradia, à religião e aos aspectos negativos, tais como as doenças e a não-realização de atividades físicas. Como pode ser visto nos relatos a seguir, as palavras que mais se destacaram foram *reside* ($Khi^2 = 107$), *casa própria* ($Khi^2 = 84$), *atividade física* ($Khi^2 = 69$), *católico* ($Khi^2 = 59$), *hipertensão arterial* ($Khi^2 = 42$), *cônjuge* ($Khi^2 = 36$), *doença* ($Khi^2 = 20$) e *evangélico* ($Khi^2 = 12$):

[...] é católico, reside em casa própria com cônjuge e parentes próximos [...] não pratico atividade física, não trabalho, tenho hipertensão arterial e sequelas de AVC [...] o idoso tem doença, tem aposentadoria, tem netos, tem memória fraca e está perto da morte [...].

Nesta classe, surgiram palavras que não são encontradas em outras classes, como: *abusado*, *dependente*, *desprezo*, *dificuldade*, *discriminado*, *lembrança*, *morte*, *passado*, *preconceito*, *saudade*, *teimoso* e *velhice*. A seguir, são mostrados alguns trechos dos discursos nos quais algumas destas palavras foram evidenciadas:

[...] o velho tem dor, é dependente, é solitário, toma remédio e está a caminho do fim [...] o velho sofre preconceito [...] o idoso é velho, sem memória, é esquecido, não anda sozinho, sofre muito, é desprezado [...] o idoso é decadência física, tem dificuldades [...] o idoso tem cabelos brancos, tem hipertensão arterial, é teimoso, é sem memória, é caduco [...].

Estes achados corroboram o que disseram outros autores, acerca das representações do envelhecimento estarem associadas a termos negativos. Essa visão deficitária do envelhecimento é consequência de uma sociedade que valoriza a produção, o rendimento, a juventude e a beleza e alerta para a marginalização que uma definição tão negativa da velhice impõe aos idosos⁽⁹⁾.

Classe 2 – Idoso ativo e atividades domésticas

Esta classe, que detém 15 UCE (8,72%), traz os aspectos positivos relacionados ao envelhecimento e relaciona o idoso ativo a tarefas domésticas, como os cuidados com a casa e a independência para a resolução dos seus problemas e para andar sozinho. As palavras que mais se destaca-

ram foram: *resolve* ($Khi^2 = 76$), *trabalhador* ($Khi^2 = 33$), *cuidado* ($Khi^2 = 18$) e *anda* ($Khi^2 = 10$):

[...] o idoso ativo é trabalhador, toma conta da casa, resolve seus problemas, faz compras sozinho, cuida dos netos [...] o idoso ativo é responsável, é inteligente, sai sozinho, é independente, cuida da casa [...] o idoso ativo é enxerido, é namorador, quer ser novo, anda, passeia, é trabalhador [...].

Nesta classe, o envelhecimento foi visto como uma fase ativa, na qual os idosos trabalham em seus lares, nos afazeres domésticos, cuidam da casa, cozinham, fazem compras, cuidam dos netos, ajudam os familiares e administram suas vidas. Para que seja bem sucedido, o envelhecimento deve representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade⁽¹⁰⁾.

Classe 3 – Idoso ativo e atividades físicas

Esta classe foi formada por 12 UCE (6,98%), cujos discursos estão relacionados aos aspectos positivos do envelhecimento. Nesse sentido, relacionam o idoso ativo à prática de atividades físicas, como a caminhada e a aspectos como *bom*, *felicidade*, *força* e *saúde*. As palavras que obtiveram destaque nesta classe foram: *exercício* ($Khi^2 = 113$), *caminhada* ($Khi^2 = 29$), *bom* ($Khi^2 = 12$) e *força* ($Khi^2 = 12$):

[...] o idoso ativo tem saúde, é bom, faz caminhada, faz exercício e tem felicidade [...] idoso ativo é bom, faz exercício, tem saúde, tem força, tem agilidade [...] o idoso ativo anda de bicicleta, faz exercício, tem trabalho, faz sexo, faz caminhada [...]

Esta classe evidenciou a realização de atividades físicas, estando também associada à saúde, o que aponta para o que diz a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em seu último relatório, essa organização destacou a participação dos idosos em atividades físicas leves e moderadas, como um importante fator no retardo dos declínios funcionais, melhorando a sua saúde motora e mental⁽¹¹⁾.

Classe 1 – Idoso ativo e lazer

A Classe 1, que contém 27 UCE (15,7%), centra-se, também, nos aspectos positivos do envelhecimento, relacionando o idoso ativo a itens que dizem respeito ao lazer. O idoso ativo foi caracterizado como um indivíduo alegre, inteligente e independente, que passeia e se diverte. Um ponto importante, nesta classe, foi a idade, que variou de 60 a 65 anos, ou seja, referiu-se aos idosos que estão no início do envelhecimento. As palavras mais destacadas foram as seguintes: *alegria* ($Khi^2 = 46$), *inteligência* ($Khi^2 = 39$), *passeio* ($Khi^2 = 33$), *independência* ($Khi^2 = 15$), *energia* ($Khi^2 = 11$) e *diversão* ($Khi^2 = 6$):

[...] o idoso ativo tem inteligência, faz atividades, tem independência, é alegre, tem felicidade [...] o idoso ativo tem saúde, tem alegria, tem diversão, tem energia, e tem esperança [...] o idoso ativo é alegre, vai à festa, toma bebida, faz passeio, é simpático [...]

Nesta classe, o idoso ativo foi relacionado a atividades de lazer. Para alguns autores, a procura pelo lazer, nesta fase da existência, pode estar associada tanto à fuga da solidão⁽¹²⁾, quanto à possibilidade de desfrutar o tempo livre e aproveitar a vida⁽¹³⁾. Em outro estudo, foi evidenciado que as opções de lazer variam de acordo com o sexo, a idade, a aptidão física, a situação socioeconômica e os aspectos socioculturais, bem como com o ambiente em que se vive. A preferência masculina está direcionada para atividades como assistir televisão, ouvir rádio e ler, enquanto que a preferência feminina está relacionada às atividades mais ligadas à socialização, como participar de grupos, passear e dançar⁽¹⁴⁾.

Os resultados analisados através do ALCESTE revelaram quatro classes temáticas, sendo que, na maior delas, as representações sobre o envelhecimento, quando ele não aparecia associado à palavra ativo, foram baseadas em aspectos negativos. Nesse sentido, confirmam os dados encontrados em outras pesquisas, nas quais o envelhecimento tem sido associado a aspectos negativos, tais como as doenças crônicas, a dependência, a fragilidade, a incapacidade e a morte. Segundo os autores dessas pesquisas, essas representações são geralmente influenciadas pela cultura e/ou pelas referências pessoais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Por outro lado, as representações do envelhecimento ativo foram caracterizadas por aspectos positivos. Apesar de 83% terem relatado que não praticam atividades físicas, os idosos relacionaram o idoso ativo aos afazeres domésticos, ao lazer e, em menor proporção, também aos exercícios físicos, o que pode ser caracterizado como não-sedentarismo. Destaca-se o fato deles ligarem o envelhecimento ativo à independência funcional, ou seja, à autonomia para realizar suas atividades diárias.

De acordo com os resultados, pode-se constatar que as representações sobre o envelhecimento ativo, ligando-o ao lazer, à prática de atividades físicas e à realização de afazeres domésticos, foram elaboradas em uma dimensão que estava ao alcance das possibilidades dos idosos. Pode-se concluir que, para que tal situação aconteça, os idosos devem estar inseridos em espaços que promovam o desenvolvimento do envelhecimento saudável, bem sucedido e ativo. Na presente pesquisa, o alto percentual encontrado de idosos funcionalmente independentes deveu-se, em grande parte, ao fato de residirem em casa própria (88%) e conviverem na comunidade, com o cônjuge e/ou parentes próximos (75%). Ou seja, os idosos não eram institucionalizados, estando inseridos socialmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, as representações sociais sobre o envelhecimento ativo, elaboradas pelos idosos funcionalmente independentes, foram permeadas por conteúdos tanto negativos quanto positivos. Os participantes se posicionaram frente ao envelhecimento de modo tanto favorável quanto desfavorável, refletindo suas vivências e modos dis-

tintos de olhar esse período de suas vidas. A visão favorável apareceu vinculada ao envelhecimento ativo, às atividades domésticas, como cuidar da casa e dos netos e ao lazer. A concepção negativa foi retratada pelas dificuldades enfrentadas pelos idosos, tanto em termos cotidianos quanto no que se refere aos seus grupos de pertença. Quando não estava associado à palavra *ativo*, o envelhecimento foi representado como sinônimo de *perdas* e de *incapacidades*, o que demonstra as dificuldades vivenciadas pelos idosos em aceitar essa etapa da vida, compartilhando representações já espalhadas na sociedade.

Apesar de diversas pesquisas sublinharem a crescente dependência dos idosos, para a realização das atividades elementares da vida⁽⁴⁾, os dados da presente pesquisa mostraram os participantes como funcionalmente independentes. Isto vem reforçar a recomendação de que a dependência não deve ser vista como um estado, de cunho permanente, mas sim como um processo dinâmico. Nesse sentido, ela pode ser modificada, reduzida e até prevenida, desde que haja um ambiente propício e uma assistência adequada.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(1):3-6.
3. Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2002.
4. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):773-81.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. p. 148-67. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
7. Reinter M. Quel objet pour une analyse statistique du discours? Quelques réflexions à propos de la réponse Alceste. In: Mellet S. Actes JADT. Nice: Université de Nice; 1998. p. 557-69.
8. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):373-80.
9. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):849-53.
10. Bezerra AFB, Espirito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):809-15.
11. Benedeti TRB, Borges LJ, Petrosk EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev Saúde Pública. 2008;42(2):302-7.
12. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):131-8.
13. Ávila AH, Guerra M, Meneses MPR. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. Pensamento Psicológico. 2007;3(8):7-18.
14. Herédia VBM, Casara MB. Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
15. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. Textos Envelhecimento. 2004;7(2):45-61.
16. Garcia MAA, Odoni APC, Souza CS, Frigério RM, Merlin SS. Idosos em cena: falas do adoecer. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(18):537-52.
17. Pestana LC, Espírito Santo FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):268-75.
18. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):378-85.